

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

12

Année 1891

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 Novembre 1891, à 1 heure

Par JEAN PROST

Né à Toulon (Var), le 3 Janvier 1865

Ancien interne des hôpitaux de Paris, de la Maternité de Tenon, de l'hôpital Saint-Louis
Moniteur de Trachéotomie aux Enfants-Malades
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYOPATHIES SYPHILITQUES

(CONTRACTURE DU BICEPS)

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges { MM. STRAUS, professeur.

CHAUFFARD et LETULLE, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552005_0048

Année 1891

THÈSE

N°

12

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 Novembre 1891, à 1 heure

Par JEAN PROST

Né à Toulon (Var), le 3 Janvier 1865

Ancien interne des hôpitaux de Paris, de la Maternité de Tenon, de l'hôpital Saint-Louis

Moniteur de Trachéotomie aux Enfants-Malades

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYOPATHIES SYPHILITQUES

(CONTRACTURE DU BICEPS)

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges { MM. STRAUS, professeur.
CHAUFFARD et LETULLE, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
Clinique médicale.....	{ SEE (G.).
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	travaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SEGOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTERRER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MYOPATHIES SYPHILITIQUES
(CONTRACTURE DU BICEPS)

INTRODUCTION

Dans le cours de cette dernière année d'internat que nous avons passée dans le service de M. le professeur Fournier, nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas de contracture syphilitique du biceps. Frappé de la rareté de ces faits, nous voulions en faire le sujet d'une étude particulière, mais pressé par le temps, et forcé de nous trouver prêt à une époque déterminée, nous en avons fait l'objet de notre thèse.

Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis d'exprimer notre reconnaissance à nos maîtres des hôpitaux et, en particulier, à ceux qui nous ont guidé pendant notre internat, MM. Dreyfus-Brisac, Champetier de

Ribes, Descroizilles et Michaux à qui nous devons une gratitude particulière.

Que M. le professeur Fournier veuille bien accepter nos remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant cette dernière année d'internat, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

C'est pour nous un devoir bien doux que de témoigner ici à M. Campenon, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, l'immense gratitude pour tout ce qu'il a fait pour nous pendant le cours de nos études ; nous avons trouvé auprès de lui un maître et un ami ; jamais ses conseils, jamais son appui ne nous ont fait défaut, nous en garderons toujours le souvenir.

Nous remercions également MM. Picqué et Ollivier du bienveillant intérêt qu'il n'ont jamais cessé de nous porter.

HISTORIQUE

Les contractures syphilitiques sont longtemps restées méconnues ; ces manifestations musculaires de la syphilis, fort rares d'ailleurs, passèrent inaperçues, masquées par des symptômes plus bruyants et plus fréquents, et ce n'est qu'au seizième siècle, alors que la syphilis est déjà bien décrite, que nous trouvons cette affection signalée pour la première fois.

Ulrich de Hutten y fait allusion d'une façon évidente dans cette phrase « *contrahuntur et nervi, nec nunquam distenduntur et laxifiunt.* »

Jean de Vigo, avant lui (1503) avait signalé la coexistence des douleurs rhumatoïdes de la syphilis et de la contracture musculaire, et après lui de nombreux auteurs parmi lesquels nous pouvons citer : Fracastor (1530), A. Paré (1545), Théodosius (1553), Thierry de Herry (1634) insistent sur ce point.

En 1812, Petit-Radel décrit encore la rétraction des muscles comme une conséquence de la myosalgie. « Les douleurs, dit-il, que cause le virus syphilitique, sont assez violentes quand elles sévissent longtemps sur les extrémités, pour produire dans les membres une rétraction très rebelle aux moyens de guérison. »

Il nous faut arriver jusqu'en 1836, pour voir ces contractures musculaires décrites d'une façon bien précise

et considérées comme des manifestations spéciales, localisées uniquement dans le muscle, et absolument indépendantes des lésions articulaires et osseuses. C'est ainsi que Boyer disait : « Il paraît que la syphilis a aussi de l'influence sur le système musculaire, car j'ai vu deux fois des contractures produites par elles, et ne pouvant être rapportées à d'autres causes. Elles appartenaient au biceps brachial, l'avant-bras était un peu porté dans la pronation, et la flexion ne pouvait être étendue.

L'un des malades avait une syphilide ulcéreuse au front, l'autre avait des exostoses aux tibias, plusieurs hydarthroses, des périostoses au métatarse, et au métacarpe et la teinte terreuse de la peau. »

Les faits de ce genre étaient cependant peu connus quand Ricord, en 1842, en fait le sujet de ses leçons et les désigne sous le nom de rétraction musculaire syphilitique.

L'attention des syphiligraphes est désormais attirée sur ce point, et bientôt le professeur Bouisson, de Montpellier, publie un travail où il constate que les lésions du système musculaire ont passé inaperçues pour un grand nombre de pathologistes, et n'ont donné lieu qu'à des descriptions bien incomplètes. Il signale à côté de la rétraction bicipitale un cas où les muscles moteurs de l'œil auraient été atteints et prétend que la plupart des rétractions anales observées chez les syphilitiques, sont dues à la même cause.

Sous le même titre que les leçons de Ricord, parut en 1850, le mémoire de Notta qui fut le premier travail complet sur ce sujet.

A la même époque, Lagneau, dans son traité pratique des maladies syphilitiques, signale parmi les complications peu fréquentes de la vérole, des phlegmasies chroniques qui déterminent la flexion et la contraction permanente des muscles.

Les chirurgiens s'en occupent aussi. Vidal de Cassis, dans son traité de pathologie externe, en signale un cas : « L'avant-bras était fortement fléchi sur le bras, et le tendon du biceps était très saillant », et Gosselin en fait à la Charité le sujet d'une clinique.

Enfin, dans ces dernières années, il nous faut mentionner le remarquable mémoire de M. Mauriac, publié dans les Archives de syphiligraphie, sous le titre de « Leçons sur les myopathies syphilitiques » l'excellent article de M. le professeur Straus dans le nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie ainsi que les leçons de M. le professeur Fournier publiées en 1873.

ÉTIOLOGIE

La rétraction bicipitale peut apparaître à toutes les périodes de la syphilis. Pour Notta, elle se montrerait surtout pendant la période tertiaire ; mais en se rapportant aux cas publiés par les différents observateurs, et à ceux par nous recueillis, on peut se convaincre aisément que ces manifestations appartiennent plutôt à la période secondaire, puisqu'elles apparaissent en général du 2^e au 12^e mois après l'éclosion du chancre.

Cependant il est difficile de lui assigner une place précise dans l'évolution de la syphilis ; semblable en cela au sarcocèle, elle tient à la fois de la bénignité relative des accidents secondaires qu'elle termine, et de la gravité des accidents tertiaires qu'elle précède, par les désordres fonctionnels qu'elle occasionne. Aussi quelques auteurs la rangent-ils dans les accidents dits de transition.

Contractures du biceps apparues du 2^e au 12^e mois = 15

Contractures apparues dans la 2^e année = 3

Contractures apparues dans la 3^e année et après = 3

D'ailleurs, quelle que soit l'époque de son apparition, elle ne rentre pas dans les phénomènes graves de la vérole ; elle a pu apparaître au cours d'une syphilis maligne, se montrer en même temps que des syphilides ulcéreuses, des exostoses, des périostoses, mais le plus souvent la syphilis était bénigne.

Syphilis graves..... 4

Syphilis bénignes ou de moyenne intensité. 17

Mais si la syphilis ne présente le plus souvent aucun caractère de malignité, elle revêt bien souvent une forme un peu spéciale qui lui a fait donner par M. Mauriac le nom de « névropathique ». Les douleurs y sont plus violentes, et se manifestent dès le début sous forme de névralgies multiples et variées. La céphalée y est très vive, empêche le malade de reposer. Les membres sont le siège de douleurs lancinantes ou contusives permanentes qui ne cèdent qu'à un traitement bien conduit.

Les notions étiologiques sont encore assez vagues, vu la rareté de cette affection, cependant quelques causes paraissent influencer sur son apparition.

Pour Mansurow, les sujets blonds et lymphatiques y seraient prédisposés ; il en est de même des individus qui habitent des endroits humides ou qui s'exposent au froid (Cesbron, thèse Paris, 1878).

C'est le biceps du côté droit qui est le plus souvent atteint ; il eût été intéressant de savoir si les malades dont le biceps gauche a été le siège de la lésion étaient gauchers, malheureusement ce détail n'a pas été signalé dans toutes les observations.

Cependant, en réunissant les faits publiés, on voit que :

Sur 8 droitiers, la lésion siégeait 6 fois à droite,
2 fois à gauche.

Sur 1 gaucher, la lésion siégeait à gauche.

Cette préférence pour le côté droit a sa raison d'être, nous semble-t-il, dans la suractivité fonctionnelle du bras

droit, et cette hypothèse peut trouver sa confirmation dans ce fait que les muscles le plus souvent envahis sont ceux qui ont les fonctions les plus actives : le masséter, le sterno-cléido-mastoïdien, et les muscles fléchisseurs d'une façon générale.

Peut-être pourrait-on invoquer pour expliquer cette prédilection pour les fléchisseurs que les muscles extenseurs ne sont pas assez puissants pour s'opposer à la contracture de leurs antagonistes.

Nous ne prétendons pas dire d'ailleurs que les extenseurs ne sont pas le siège de contractures analogues, mais les faits de ce genre sont rares et nous n'en trouvons que trois cas dans lesquels le triceps brachial en a été le siège.

Nous ne parlons, bien entendu, que de la contracture survenue à la suite de la myosite interstitielle, et non pas des cas de sclérose survenus à la suite des gommés.

La recherche des antécédents personnels et héréditaires nous a permis de constater que ni la goutte, ni les rhumatismes ne jouent un rôle dans sa production, il en est de même du nervosisme qui contribue cependant à donner à la syphilis son caractère douloureux si particulier. « La syphilis est donc bien, comme le dit M. Mauriac, la seule cause occasionnelle de cette affection, et elle l'est si exclusivement que la seule constatation du phénomène morbide implique le diagnostic, même en l'absence de tout antécédent ou de toute autre circonstance pathologique de même nature. »

SYMPTOMATOLOGIE

La contracture du biceps s'établit d'une façon insidieuse, le malade éprouve pendant quelques jours un peu de gêne, de raideur dans le bras; puis il s'aperçoit qu'il ne peut plus étendre complètement l'avant-bras sur le bras. Veut-il essayer? il ne le peut même au prix des plus grands efforts. Tente-t-il avec son autre main de le redresser? il ne peut y parvenir, et ces essais lui causent de vives douleurs.

La myopathie reste stationnaire pendant quelque temps, et gêne assez peu le malade pour lui permettre de continuer son travail. Mais bientôt les mouvements deviennent de plus en plus limités, l'avant-bras forme avec le bras un angle de plus en plus aigu, et paraît immobilisé dans cette position, c'est alors que le malade effrayé se décide à consulter.

Sur les téguments s'aperçoivent des manifestations syphilitiques appartenant généralement à la période secondaire, roséole quelquefois, d'autres fois syphilides tuberculeuses; le plus souvent ce sont des syphilides squameuses, très rarement elles sont ulcéreuses.

Mais le malade impatient vous fait immédiatement observer qu'il vient seulement vous consulter pour son bras dont il ne peut se servir qu'avec difficulté.

L'avant-bras est fléchi sur le bras, fait avec lui un

angle plus ou moins aigu, et paraît à première vue immobilisé dans cette position. Le degré de flexion est très variable, et, pour en avoir une idée, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le tableau qu'en a fait Notta.

Sinus de l'angle formé par l'avant-bras fléchi sur le bras.	Durée de la maladie avant le traitement.
160°.....	15 jours
135°.....	15 —
130°.....	8 —
90°.....	22 —

Sur les trois malades que nous avons observés, nous avons obtenu les chiffres suivants :

Observ. III.....	Sinus = 90°
Observ. VIII.....	Sinus = 145°
Observ. IX.....	Sinus = 130°

Les téguments du bras et de l'avant-bras ne présentent aucune trace d'inflammation, on n'y constate ni rougeur ni chaleur.

En procédant à l'examen du membre par une palpation attentive, on ne trouve aucune déformation osseuse, aucun point douloureux au niveau des extrémités humérale et radio-cubitale, et de l'interligne articulaire.

Imprime-t-on des mouvements de flexion à l'avant-bras, on ne perçoit dans l'article du coude ni craquements, ni frottements. Les culs-de-sac synoviaux ne sont pas distendus par du liquide, et aucun gonflement ne révèle de synovite au niveau de la bourse séreuse rétro-bicipitale.

Le tendon du biceps est dur, sans nodosités cependant, rigide, saillant et tendu comme une corde entre son émergence musculaire et son insertion sur la tubérosité du radius. Il donne la même sensation que quand le muscle se contracte. Celui-ci est raccourci, et présente le volume du muscle en état de contraction ; il est plus dur qu'à l'état de repos, mais a une consistance moindre que lorsqu'il se contracte, comme on peut en juger facilement en faisant contracter le muscle du côté opposé.

On n'y trouve aucune trace de bosselures, il est lisse et uni dans toute son étendue.

Notons avec soin que la contracture n'atteint pas un groupe musculaire, mais un seul muscle, « le biceps » ; ce phénomène est des plus significatifs au point de vue de la nature de la lésion, et nous permettra tout à l'heure de réfuter l'hypothèse d'une lésion médullaire, ou même d'un réflexe, émise par quelques auteurs.

Il nous a été impossible de soumettre nos malades au sommeil chloroformique, et nous avons dû nous contenter du procédé de M. Brissaud pour tenter d'obtenir la disparition de la contracture, mais l'ischémie obtenue par l'application de la bande d'Esmarch a été sans résultat.

Ces symptômes s'accompagnent d'une douleur qui siège au niveau du pli du coude, au côté interne du tendon du biceps, et plus près de l'insertion des fibres musculaires que de l'insertion radiale. Cette douleur ne se fait pas sentir quand le membre est maintenu dans l'immobilité, mais elle est réveillée par la pression du biceps sur son bord interne, au point d'émergence des fibres

tendineuses, par le moindre mouvement d'extension volontaire, et devient très vive quand on veut obtenir l'allongement du membre par violence.

L'existence de cette douleur au point d'émergence des fibres tendineuses n'est pas une règle générale ; dans plusieurs observations de Notta elle siégeait au voisinage de l'insertion radiale du biceps, et ne coïncidait assurément pas avec une synovite de la bourse séreuse retrobicipitale, car il n'existait au niveau du pli du coude, ni tuméfaction, ni fluctuation.

M. Mauriac a, en outre, signalé un autre point douloureux qu'il appelle « periolécrânien ». Il est situé au-dessus de l'interligne articulaire, entre l'olécrâne et l'épitrôchlée et répond assez exactement à l'insertion des fibres musculaires du triceps sur les aponévroses qui terminent le muscle à sa partie inférieure. Cette douleur ne se révèle qu'à la pression, et paraît due à l'envahissement du muscle triceps par le processus morbide.

Ainsi donc soit sur le biceps, soit sur le triceps, la douleur siège au niveau de l'insertion des fibres musculaires sur les fibres tendineuses, et elle est exaspérée par la pression en ce point précis.

Quelles que soient d'ailleurs les localisations de la douleur, on peut toujours constater que la peau conserve sa sensibilité sous toutes ses formes, ce qui permet de différencier cette affection des contractures analogues de l'hystérie.

Dans une affection où quelques auteurs ont mis en cause des lésions du système nerveux central, il était intéressant de rechercher les réflexes, ceux-ci sont normaux

ou légèrement affaiblis, mais jamais ils ne sont exagérés.

Par suite de la contracture du biceps et des douleurs qui l'accompagnent, les mouvements du coude sont assez limités. L'extension est absolument impossible, le patient ne peut volontairement obtenir l'allongement du bras, et si on le tente, on sent une résistance particulière, une « rigidité » véritable, suivant l'expression de M. le professeur Fournier, qui tient le membre dans la flexion, il est inutile d'insister sur la douleur qui accompagne ces tentatives et qui, quelquefois est assez violente pour arracher un cri au malade.

La flexion se fait aisément et le malade peut même soulever des poids considérables, sans ressentir aucune gêne, quelquefois cependant, lorsque l'effort est trop violent, il existe une douleur très légère au niveau du corps musculaire. Notta insiste sur ce fait étrange que pendant la contraction même violente du biceps, il n'y a pas de douleurs, et qu'au contraire, à la moindre tentative de redressement de l'avant-bras, elles sont très vives surtout aux extrémités tendineuses du muscle, et pourtant, dit-il, il y a dans l'un et l'autre cas tiraillement des tendons.

Ce fait ne peut-il pas s'expliquer par un certain degré de myosite? Les fibres musculaires d'abord irritées par l'exsudat qui se dépose entre elles, se rétractent et dans ce mouvement entraînent les fibres tendineuses qui se tendent à leur tour par un simple effet mécanique, et font sous la peau le relief si caractéristique. En les forçant par l'extension à reprendre leur position normale, on les étire, on les tire, et il en résulte cette douleur

si vive qui partant du corps musculaire, s'irradie vers les extrémités tendineuses. Dans la flexion, au contraire, pas de douleurs, car les fibres musculaires déjà revenues sur elles-mêmes, ne font que se raccourcir davantage et tout en exerçant une traction sur les fibres tendineuses, ne subissent elles-mêmes aucune violence, aucun tiraillement. Elles font, en somme, prendre au membre la position qu'il occuperait si l'irritation des fibres musculaires était plus intense.

L'articulation du coude, si l'on y comprend l'articulation radio-cubitale, est encore douée de mouvements de pronation et de supination qui s'accomplissent normalement, mais occasionnent quelquefois de légères douleurs.

OBSERVATION I (Thèse de CESBRON). — *Contracture des masséters. Syphilis de date inconnue. Contracture des 2 biceps.*

La nommée Louise M..., couturière, 23 ans, entre à Lourcine, salle St-Ferdinand, n° 3.

Cette malade n'a jamais eu d'accidents hystériformes ou rhumatismaux. Elle a présenté, il y a 8 mois, tous les symptômes d'une métrô-péritonite avec douleurs abdominales vives et leucorrhée abondante.

Après 4 mois de séjour à l'hôpital de Lourcine, elle sort pour rentrer 2 jours après à Cochin. C'est là qu'elle a présenté les symptômes secondaires d'une syphilis dont l'accident primitif n'aurait pas été reconnu d'abord. Roséole; plaques muqueuses de la langue; alopecie.

La malade quitte l'hôpital Cochin sans subir le traitement antisiphilitique, va passer un mois au Vésinet, et rentre à l'hôpital de Lourcine.

On constate alors une vaginite intense, avec écoulement de liquide séro-purulent, des plaques muqueuses légèrement ulcérées à la vulve; il en existe aussi à la gorge et à la face interne des lèvres. Ganglions indolents dans l'aîne et au cou. Traitement antisiphilitique.

La malade présente des phénomènes de contracture bizarres, et dont il est difficile de trouver la cause. Cette contracture occupe les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure et les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras.

La gêne à la mâchoire inférieure existe depuis longtemps. Elle aurait eu pour point de départ l'apparition de la dernière molaire inférieure gauche il y a 9 mois. Elle a persisté, sans augmenter aucunement, jusqu'au 10 janvier. A cette époque, la contracture prend, tout à coup, des proportions telles que la malade peut à peine desserrer les dents. L'examen de la bouche permet de reconnaître la présence d'ulcérations en arrière de la dernière molaire des deux côtés. Au toucher, les deux masséters, fortement contracturés, donnent au doigt la sensation d'une corde tendue. La contracture a persisté une semaine à peu près avec cette intensité.

Aux membres supérieurs, la contracture occupe les muscles fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, et parmi eux spécialement le biceps.

Les muscles sont indolents à la palpation et à la pression. Les mouvements d'extension sont limités. Il est impossible d'arriver à l'extension complète sans déterminer une souffrance vive, au niveau de l'articulation, qui est intacte. On ne constate ni rougeur, ni gonflement. Les mouvements de pronation et de supination sont également douloureux, bien qu'ils s'exécutent assez librement. Le biceps n'a guère l'apparence d'un muscle contracturé. Toutefois, un examen attentif permet de reconnaître que la partie la plus profonde du muscle est raide et tendue, et que la contracture a aussi pour siège le muscle brachial antérieur. Ces accidents datent de deux mois et ne semblent guère vouloir se modifier. Au dire de la malade, la douleur est au contraire plus marquée qu'au début.

Le 24 février, la malade a une sensation douloureuse dans les muscles de la région postérieure de la jambe, et une certaine roideur : contracture légère qui ressemble à celle du bras.

Le 27. Amélioration considérable. Si l'état des masséters est le même, la contracture a totalement disparu au bras ; la jambe droite est tout à fait libre.

Depuis la disparition de la contracture, la malade ressent une faiblesse assez grande dans les deux bras, elle quitte l'hôpital au commencement de mars avec une contracture légère des masséters.

La contracture des masséters, il est vrai, avait débuté avant que la syphilis se soit manifestée chez cette malade, mais elle redouble d'intensité, quand la contracture apparaît dans le cours de la maladie constitutionnelle.

Nous avons, en étudiant les causes de la myopathie bicipitale, signalé la coïncidence fréquente de cette lésion avec des douleurs de toutes sortes qui impriment à la syphilis un caractère si particulier que M. Mauriac lui a donné le nom de « névropathique ». C'est chez les femmes et les sujets prédisposés par leur constitution aux maux de nerfs que les souffrances atteignent naturellement leur plus haut degré. Chez eux, les douleurs des membres deviennent intolérables, s'exaspèrent le soir, les empêchant souvent de reposer la nuit. Plus tard se manifestent des douleurs viscérales, des douleurs névralgiques qui, localisées quelquefois en un point, se promènent d'autres fois sur différents nerfs, en suivant une marche tous les jours envahissante.

OBSERVATION II. — D^r NOTTA (Leçons de M. MAURIAC).

B..., âgée de 32 ans, entre à l'hôpital de Lisieux, le 14 novembre 1856. Cette femme nie tout antécédent syphilitique. Néanmoins il y a deux ans, il lui vint des boutons sur la tête, et ses cheveux se mirent à tomber.

Il y a un an, elle entra dans mon service pour une tumeur gommeuse à la tête, de l'alopecie, et des douleurs ostéocopes. Sous l'influence du traitement mercuriel, ces accidents disparurent et, au bout de deux mois, la malade sortit de l'hôpital.

Depuis, elle est accouchée d'un enfant grêle, chétif, qui existe aujourd'hui et ne porte pas de traces de syphilis. Il y a cinq mois qu'elle habite une maison très humide. Elle est droitière. C'est depuis trois mois qu'elle a commencé à ressentir une douleur dans l'épaule droite. En même temps, elle remarqua qu'elle ne pouvait étendre l'avant-bras du même côté aussi complètement que le gauche. Au bout d'un mois elle éprouva de la douleur dans la saignée du bras ; la flexion de l'avant-bras augmenta ; des douleurs ostéocopes survinrent. Cet état s'aggravant de jour en jour, elle entra dans mon service.

Etat actuel. — Femme amaigrie. Constitution détériorée. Insomnies toutes les nuits causées par des douleurs de tête, par d'autres douleurs, en arrière au moignon de l'épaule, à la saignée du bras et au poignet droit. Elle n'en ressent pas dans d'autres parties du corps. Le bras droit comparé au gauche ne présente aucune différence ; seulement l'avant-bras ne peut être étendu sur le bras, au delà d'un angle obtus de 133°. Si on veut chercher à l'étendre au delà, on est empêché par le biceps qui est évidemment raccourci, et qui, se trouvant tendu, laisse saillir son tendon sous le tégument. En même temps, on cause de la douleur à la malade au niveau de l'insertion inférieure du muscle. Il n'y a pas de tension des supinateurs. Le biceps ne présente aucune altération appréciable. Il est souple dans toute son étendue, bien contractile. Lorsque la malade fléchit l'avant-

bras sur le bras ; elle a presque autant de force dans ce membre que dans l'autre ; mais si elle veut soulever un fardeau, lorsque l'avant-bras est arrivé à la dernière limite de son extension, elle ne peut pas même lever un poids de cinq cents grammes, à cause de la douleur qui se manifeste au pli du coude.

La pression détermine de la douleur sur le tendon du biceps au niveau du pli du coude et sur les parties latérales de l'articulation. Le muscle est indolent ainsi que son insertion coracoïdienne. L'articulation du coude est parfaitement saine ; ses mouvements sont très libres, et ne s'accompagnent d'aucune douleur. Sur le front il y a deux syphilides ulcéreuses d'un centimètre de diamètre. Anorexie, pas de diarrhée.

Traitement : une cuillerée de liqueur de Van Swieten, et un gramme d'iodure de potassium.

24 novembre. Amélioration. Elle souffre moins la nuit et étend mieux le bras.

Le 29. Elle sort, sur sa demande, non guérie, mais bien soulagée. Elle dort bien et son bras peut s'étendre jusqu'à 160°. Depuis, je ne l'ai pas revue.

OBSERVATION III. — (Personnelle.)

R..., Gabriel, 16 ans, entré le 21 février 1891, salle Saint-Louis, n° 1.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, alcoolique, pas de rhumatismes.

Mère bien portante, a eu des rhumatismes.

Un frère de 22 ans bien portant.

3 frères et sœurs morts en bas âge dont deux de convulsions.

Antécédents personnels. — Garçon vigoureux droitier, habite une chambre humide.

A eu la chorée à l'âge de 6 ans.

Blennorrhagie à 12 ans.

Il y a huit mois, chancre induré du fourreau; un mois après apparut la roséole. Depuis cette époque il a pris, dit-il, régulièrement une pilule de protoiodure par jour jusqu'au 15 janvier.

Actuellement cicatrice indurée du chancre avec quelques ganglions inguinaux encore gros et durs surtout à droite.

Quelques syphilides squameuses disséminées sur le corps. Croûtes dans les cheveux. Plaques muqueuses de l'anüs, de la gorge, de la langue. Ganglions sous-occipitaux engorgés.

Ily a quinze jours environ, il ressentit des douleurs dans les membres supérieurs, surtout aux articulations du coude, et du poignet; puis il s'aperçut qu'il ne pouvait plus étendre complètement l'avant-bras droit sur le bras. La difficulté augmente de jour en jour, et aujourd'hui l'avant-bras fait avec le bras un angle de 90°. Les téguments ne présentent aucune trace d'inflammation, l'articulation du coude est indemne de lésions.

Le tendon du biceps est dur et tendu, mais lisse et uni; le muscle est globuleux et dur sans avoir la consistance du muscle contracté.

Les mouvements d'extension sont impossibles volontairement; tout essai d'allongement est accompagné d'une douleur très vive au niveau du pli du coude, et de l'extrémité inférieure du corps musculaire. La flexion se fait sans difficulté dans ce qui reste de liberté à l'articulation du coude.

La pression est douloureuse au niveau de l'origine des fibres tendineuses, et à l'extrémité inférieure du triceps au voisinage de l'olécrâne.

Réflexes normaux. Pas d'anesthésie, ni d'hyperesthésie.

Douleurs très vives dans les membres inférieurs, au niveau des mollets, et des genoux. Ces douleurs plus vives la nuit empêchent le malade de dormir. Pas de liquide dans les genoux.

État général bon, individu nerveux.

22 février. Le malade sort sur sa demande.

Nous avons appris qu'il était entré à l'hôpital du Midi quel-

ques jours après, mais qu'il n'y a pas fait un plus long séjour que dans la salle St-Louis.

OBSERVATION IV. — M. MAURIAC.

A..., 21 ans, bien constitué, tempérament lymphatico-nerveux, d'une bonne santé habituelle. Pas de maladies antérieures. Dans les premiers jours de mars 1869, apparition de chancres indurés dans le sillon balano-préputial. Adénopathie inguinale double. Dès leur apparition le malade est soumis au traitement mercuriel.

Deux mois après, éruption discrète de syphilides acnéiformes.

Le 9 juin (3^e mois révolu de la syphilis), il entre dans mon service. Il éprouvait des douleurs dans les membres. Elles avaient commencé par le bras droit. Il s'aperçut un matin qu'il ne pouvait pas fléchir l'avant-bras sur le bras de ce côté sans éprouver une douleur violente, située vers le tendon du biceps, en dedans surtout, un peu au-dessus du pli du coude, au niveau de l'insertion des fibres musculaires.

Elle était exaspérée aussi par l'extension qui ne pouvait pas être complète. Les mouvements seuls la provoquaient. Elle occupait dans une étendue de 3 centimètres, au-dessus de l'épitrochlée, l'espace compris entre le biceps et le triceps. Ni contractions, ni convulsions, ni crampes. Fatigue dans tout le membre et sensation de pesanteur. Rien dans l'épaule, dans l'avant-bras, ni dans la main.

Pas d'irradiations douloureuses.

Il existait une douleur semblable, mais moins vive à la même place dans le pli du coude gauche.

Cet état de choses dura tout le mois de juin que le malade passa dans mon service. Quand il sortit il ne restait sur les téguments que quelques syphilides. La santé générale était très bonne.

Le 5 juillet (4^e mois de la syphilis), l'extension complète de l'avant-bras gauche sur le bras était impossible à cause de la douleur. Quand on arrivait à un certain degré d'extension forcée, on sentait le tendon du biceps se raidir, et il se produisait une douleur aiguë dans le pli du coude et en arrière au niveau de l'olécrâne. Cette douleur remontait le long du bord interne du biceps jusqu'à la partie moyenne et s'irradiait dans les masses musculaires interosseuses de l'avant-bras jusqu'au poignet. Il n'existait aucun trouble de la motilité ni dans les muscles de l'avant-bras, ni dans ceux de la main.

Les mêmes douleurs existaient à droite. Seulement l'extension complète de l'avant-bras sur le bras y était possible.

Dans les membres supérieurs, outre ces douleurs, il y avait une gêne, une raideur générale de tous les mouvements.

Toutes les articulations étaient intactes.

OBSERVATION V. — M. MAURIAC.

X..., 16 ans, entre le 6 mai 1873. Chancre infectant en février 1872, suivi d'une éruption cutanée traitée à St-Antoine par des pilules de protoiodure. Il fut admis deux fois dans mon service pour divers accidents consécutifs légers.

La dernière fois, il avait une récurrence de roséole érythémateuse confluyente et des plaques muqueuses buccales.

Il n'était que depuis deux jours dans mon service lorsque le 8 mai (15^e mois de la syphilis), il éprouva les premiers symptômes de l'affection syphilitique du biceps, du côté gauche. Peu à peu l'extension complète devient impossible et douloureuse. Le mouvement forcé de flexion présentait les mêmes caractères. Ces phénomènes augmentèrent graduellement. Puis ils se manifestèrent, mais très atténués, du côté droit.

Le 12 juin, voici quel était l'état du malade.

L'avant-bras gauche était en demi-flexion sur le bras.

L'extension complète était absolument impossible. Le tendon du biceps formait une corde dure et rigide au-dessous de la

peau. Le corps du muscle, surtout dans sa moitié inférieure, était un peu plus dur et plus épais que celui du côté opposé.

On sentait même, en le pressant, une résistance dans sa partie profonde.

L'articulation explorée avec le plus grand soin dans toutes ses parties ne présentait aucune altération. Une pression très vive, dans le pli du coude, au-dessus de la bourse synoviale du tendon bicipital, ne causait aucune douleur.

Les mouvements du radius sur le cubitus, même les mouvements forcés de pronation et de supination étaient parfaitement libres et indolents.

Quant au mouvement forcé d'extension de l'avant-bras sur le bras, il provoquait au contraire une violente douleur, et augmentait la saillie du tendon qui paraissait plus court que celui du côté opposé. La flexion forcée et complète était impossible et douloureuse, mais à un moindre degré que le mouvement en sens contraire.

On pouvait pétrir, malaxer dans tous les sens, les muscles du bras et de l'avant-bras ainsi que l'articulation du coude sans provoquer aucune souffrance.

Enfin il n'existait pas de douleurs spontanées fixes ou irradiantes et névralgiformes.

Dans le pli du coude droit il y avait aussi une douleur provoquée par le mouvement d'extension complète. Santé générale très bonne.

Le 9 juillet (2^e mois révolu de l'affection bicipitale) il n'était encore survenu aucun changement notable.

Le 16, dans le coude droit, au niveau du pli, douleur en pressant le côté externe du tendon. Impossibilité de fléchir complètement l'avant-bras sur le bras, soit dans la pronation, soit dans la supination. Articulation intacte.

Le 26 juillet, la flexion complète était impossible et douloureuse dans les deux membres supérieurs ; mais l'extension se faisait mieux à gauche.

Un mois après, le 25 août, l'extension de l'avant-bras gauche

sur le bras se faisait complètement et sans souffrance. Il n'existait plus rien d'anormal à droite.

Une circonstance assez curieuse à noter, c'est que la guérison définitive de l'affection bicipitale gauche avait été précédée de guérisons intermittentes.

OBSERVATION VI (Thèse de CESBRON). — *Syphilis légère. Contracture du biceps. Varioloïde intercurrente.*

Le 10 avril 1878, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Eloi, dans le service de M. le professeur agrégé Roustan, le nommé P..., Albert, âgé de 21 ans, soldat au 2^e régiment du génie, depuis le mois de décembre dernier.

Interrogé sur ses antécédents, le malade nie toute espèce de douleurs rhumatismales. Six mois avant son entrée au régiment, il a été soigné pour une maladie vénérienne (probablement blennorrhagie). Il déclare n'avoir jamais eu d'exco-riation à la verge, ni maux de gorge, ni taches sur la peau. Il a guéri sans traitement mercuriel.

A l'entrée à l'hôpital St-Eloi, ce jeune homme se présente dans l'état suivant : embonpoint conservé ; pas de croûtes dans les cheveux. A la partie postérieure du cou, le doigt peut sentir de petits ganglions assez peu développés d'ailleurs. Sur les joues, quelques traces de psoriasis. Les bras et les jambes ne présentent rien de particulier. Il y a, des deux côtés, des ganglions dans l'aîne, et le malade est porteur d'un phimosis accidentel, déterminé par une balano-posthite.

Le malade a eu des rapports sexuels du 10 au 15 janvier, et est entré à l'infirmerie du régiment pour sa balano-posthite au commencement d'avril. A l'examen de la bouche on constate de petites érosions sur les lèvres, le voile du palais, l'amygdale droite. A la marge de l'anus, démangeaisons et plaques muqueuses. Ces lésions ne laissent plus de doute sur une syphilis à la période secondaire.

Traitement : 2 pilules de Dupuytren ; gargarismes au chlorate de potasse. Pour l'anus : liqueur de Labarraque et poudre de calomel et d'amidon par parties égales.

Le 26 avril, la bouche est guérie.

Le 3 mai, le prépuce peut être ramené en arrière et aucune trace de chancre ne peut être observée.

Jusqu'au 27 mai, rien de particulier, en dehors de quelques plaques gingivales et amygdaliennes.

Le 27 mai au matin, le malade se plaint de ne pouvoir étendre complètement le bras gauche, et raconte que depuis quelques jours son bras est dans cet état ; il n'en avait rien dit croyant voir bientôt disparaître ces phénomènes. Or, ni la fatigue, ni la présence d'antécédents rhumatismaux ne peuvent expliquer ce fait. La peau du coude a conservé son aspect anormal. Le tendon du biceps semble faire saillie ; on le sent au palper dur et tendu comme une corde. Peu de sensibilité à la pression ; la douleur augmente cependant quand on se rapproche de l'insertion radiale du tendon, pour diminuer vers la partie charnue du muscle, qui a conservé sa contractilité et sa consistance habituelles. C'est seulement quand on essaie d'étendre l'avant-bras sur le bras, que la douleur est plus vive, au niveau du point d'attache du tendon sur le radius. La flexion se fait sans souffrance, comme à l'état normal. On remarque l'augmentation de volume des ganglions sus-épitrochléens et sous-cutanés. Rien dans l'articulation.

Le 31 mai, la douleur dans l'extension a augmenté, et l'on sent, en outre, un peu de liquide dans la bourse séreuse existant entre le tendon du triceps et l'olécrâne.

Le 3 juin la flexion est augmentée. Pas de différence dans la circonférence des deux bras, également fléchis. Pas de troubles de sensibilité. Pas de différence de température dans les deux aisselles. *Traitement* : on continue les pilules de Dupuytren. On donne 1 gr. d'iodure de potassium, et l'on augmente la dose de 25 centigr. par jour, jusqu'à 4 grammes.

Le 5 juin, céphalalgie violente; rachialgie; fièvre; rougeur du visage.

Le 6, la fièvre est tombée.

Le 7, on trouve quelques rares boutons de varioloïde sur la face et le cou.

De plus, douleur sur le trajet du biceps fémoral; l'extension de la jambe ne se fait pas complètement et provoque de la douleur au niveau de l'insertion à la tête du péroné.

Le 17, amélioration sensible.

Les jours suivants l'extension s'accroît de plus en plus insensiblement, jusqu'à guérison complète.

OBSERVATION VII (Thèse de CESBRON). — *Syphilis datant de 5 mois. Plaques muqueuses. Alopecie. Arthropathie des genoux. Contracture du biceps.*

Le 2 mai 1877, entre à l'Hôtel-Dieu, St-Eloi, salle des payants, le nommé Boug..., Adrien, âgé de 29 ans.

Il raconte qu'il y a 3 mois 1/2, les deux genoux ont été très douloureux. Le genou droit a seul présenté du gonflement, mais sans rougeur. Quinze jours plus tard, le malade souffrait au pli du coude droit et ne pouvait étendre complètement son bras. A partir de ce moment la flexion a augmenté insensiblement tous les jours, presque à l'insu du malade et maintenant l'avant-bras forme avec le bras un angle assez accentué. Quand le membre est immobile, le malade ne ressent aucune douleur. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras, autres que ceux d'extension, sont tout à fait libres; mais si l'on essaie d'arriver à l'extension complète de l'avant-bras sur le bras, la souffrance devient très vive au niveau du pli du coude. Il n'y a jamais eu ni gonflement, ni rougeur dans la région.

On procède à l'examen du bras.

A l'inspection des parties constituantes, on voit que la peau a conservé son aspect normal. Le tendon du biceps fait saillie.

La palpation fait constater qu'il n'existe pas de chaleur insolite dans la région du coude, mais que le tendon du biceps forme sous la peau une corde dure et tendue ; que le muscle affecte un état piriforme. On détermine de la douleur à la pression sur le trajet du tendon, mais la partie charnue du muscle paraît indolente.

Nous n'avions pas affaire ici à une contracture symptomatique d'une lésion articulaire. Nous ne trouvions ni la chaleur, ni la tuméfaction que l'on rencontre dans l'arthrite, et les mouvements de l'avant-bras sur le bras, sauf celui d'extension s'exécutaient sans douleur. L'articulation est intacte.

Nous interrogeons le malade sur ses antécédents. Cultivateur de son état, il affirme n'avoir pas travaillé à genoux, et ne s'être pas plus fatigué que de coutume quand la contracture s'est montrée au bras. Il n'a jamais eu de rhumatisme : c'est la première fois qu'il est malade. Il nie l'existence antérieure de blennorrhagie, de chancres... Mais il a souvent eu mal à la gorge, et il perd ses cheveux depuis assez longtemps. Quelques ganglions inguinaux sont gonflés et indolents. En faisant ouvrir la bouche, on y découvre des plaques muqueuses sur le voile, le pharynx et l'amygdale droite.

Traitement : Une cuillerée à bouche de sirop de Boutigny.

Le 25 mai, on ajoute 1 gr. d'iodure de potassium et on porte la dose successivement à 2 et 3 grammes.

Le 1^{er} juin, la contracture a diminué peu à peu, pour disparaître totalement vers le 16 juin.

Le malade sort guéri le 19 juin.

OBSERVATION VIII. — (Personnelle.)

L..., 23 ans, dessinateur. Se présente à la polyclinique le 1^{er} mars.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, pas de rhumatisme, pas de goutte.

Mère bien portante, a eu des crises de nerfs. Pas de rhumatisme.

Deux frères et une sœur bien portants.

Un frère âgé de 19 ans, a des attaques d'épilepsie.

Antécédents personnels. — Fièvres intermittentes au Sénégal en 1887, et à la Guyane en 1889.

Urétrite à l'âge de 19 ans.

Vers le 16 janvier, vingt à vingt-cinq jours après un coït, est survenu un chancre induré de la lèvre supérieure, pour lequel il fut soigné à la polyclinique par des pilules de protoiodure et une application d'emplâtre de Vigo.

Actuellement il reste sur la lèvre une petite cicatrice, grande comme une pièce de vingt centimes, indurée; elle est encore accompagnée d'une adénite sous-maxillaire assez prononcée. Quelques ganglions sous-occipitaux. Roséole discrète sur le thorax, les flancs et les membres supérieurs. Plaques muqueuses sur les amygdales, sur la lèvre supérieure, et la langue.

Mais le malade ne se plaint pas de ces accidents et nous fait observer qu'il se sert avec peine de son bras droit. Il y a huit jours environ, nous dit-il, il a été pris d'un accès de fièvre accompagné de douleurs vives dans les bras, et en particulier dans le bras droit.

Quarante-huit heures après, remis de son accès, il constatait en voulant s'habiller qu'il ne pouvait plus allonger le bras droit.

Le malade est droitier. L'avant-bras forme avec le bras un angle dont le sinus égale 145° ; cette position ne l'empêche pas d'ailleurs de dessiner, quoiqu'elle le gêne considérablement.

Les téguments sont normaux. L'interligne articulaire n'est pas douloureux, les extrémités osseuses sont indolores.

Le tendon du biceps est dur, le muscle est globuleux, dur mais peut acquérir une dureté plus considérable, si on le fait se contracter, car les mouvements de flexion sont encore possibles, et se font sans aucune gêne ou douleur; il n'en est pas de même de l'extension qui est impossible. Si on veut l'obtenir

par la violence, le malade se plaint de vives douleurs au niveau de l'extrémité inférieure du muscle, au point d'émergence des fibres tendineuses.

Il existe encore sur le bord interne du biceps un point douloureux qui s'irradie dans le tendon lorsqu'on le réveille par le pincement ou la simple pression.

Légère douleur dans les mouvements de supination et de pronation.

La pression exercée avec un lien sur le bras jusqu'à ce qu'il soit exsangue ne fait pas disparaître la contracture. Les réflexes sont normaux. Pas d'anesthésie, pas de rétrécissement du champ visuel. Céphalée légère, et douleurs au niveau des articulations des genoux qui ne présentent aucune trace d'arthrite ou d'hydarthrose.

État général bon.

Traitement : 1 pilule de protoiodure, 1 gr. d'iodure de potassium.

17 mars. Le malade allonge complètement l'avant-bras sur le bras, mais ne peut le faire tout d'un coup sans souffrir; pour obtenir l'extension complète il y arrive par saccades.

Les plaques muqueuses buccales ont disparu. La roséole s'efface.

25 mars. Guérison complète. La céphalée et les douleurs articulaires ont complètement disparu.

MARCHE

On peut, d'après l'ensemble des observations, poser ce principe, que la marche et la durée de l'affection sont en rapport avec le degré de nervosisme du sujet. Plus le sujet est nerveux, plus la durée sera longue et la marche irrégulière.

Dans la forme où l'élément nerveux est absolument secondaire, l'affection suit une marche régulière depuis son début jusqu'à sa terminaison. Elle s'établit d'une façon lente et insidieuse, et souvent le malade ne s'aperçoit de son existence que longtemps après son début. Habituellement, en effet, il prend pour du rhumatisme les douleurs qui parfois accompagnent la première période de cette altération.

Une fois constituée, elle reste stationnaire, plus ou moins longtemps, suivant que le traitement a été institué ou non, et elle diminue ensuite jusqu'à guérison complète. La marche de l'affection peut se représenter ainsi : une ligne ascendante et un plateau auquel succède une ligne descendante.

Mais chez les individus nerveux, la marche est loin d'être aussi régulière et présente des alternatives d'aggravation ou de rémission « absolument comme dans les contractures nerveuses qui n'ont rien de spécifique ».

C'est ainsi que des malades sortis de l'hôpital absolu-

ment guéris, rentrent quinze jours après avec une rétraction musculaire aussi prononcée qu'au premier jour, bien qu'ils aient suivi régulièrement leur traitement.

D'autres fois, c'est du jour au lendemain que les progrès réalisés ont disparu, enfin, mieux encore, on a signalé des cas « de guérisons intermittentes survenant spontanément ou consécutivement à des frictions, à des malaxations du pli du coude. Mais une demi-heure après, tout l'effet obtenu avait disparu, la rétraction bicipitale avait repris » (Mauriac).

OBSERVATION IX. — (Personnelle.)

A. L..., âgée de 17 ans, couturière, se présente salle Henri IV le 7 mars.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, pas alcoolique, n'a jamais eu de rhumatismes.

Mère morte tuberculeuse à 30 ans, très nerveuse.

Un frère et une sœur bien portants, un frère mort en bas âge de convulsions.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de rhumatismes, fièvre typhoïde à 14 ans. Pas d'autres maladies.

Réglée à 15 ans, depuis régulièrement.

Jeune fille vigoureuse, droitière.

Il y a cinq mois, premier rapport, un mois après surviennent des accidents aux parties génitales. La syphilis est constatée à l'hôpital St-Louis par M. le Dr Tennesson qui ordonne à la malade une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten par jour.

Pendant un mois elle suit ce traitement régulièrement, mais depuis deux mois, elle l'a complètement abandonné.

Actuellement la malade se présente avec une adénopathie

sterno-mastoïdienne assez considérable, des syphilides papulo-squameuses à petits éléments, des syphilides vulvaires et amygdaliennes. Rien aux lèvres.

Il y a trois semaines, elle se plaignit d'une douleur dans le bras droit et constata la difficulté de l'extension. Au bout de quelques jours, l'extension complète devint impossible, mais n'empêcha pas la malade de continuer son travail.

Devant la persistance de ce trouble fonctionnel, la malade vient consulter à nouveau.

L'avant-bras droit est fléchi sur le bras, et fait avec lui un angle dont le sinus égale 130° . Les téguments sont normaux.

Pas de rougeur ni de chaleur de la peau. Pas de déformation au voisinage de l'articulation du coude. L'extrémité inférieure de l'humérus, et les extrémités supérieures du radius et du cubitus ne présentent aucun point douloureux.

A la palpation, on sent le tendon du biceps dur, contracturé, mais lisse et uni, le muscle lui-même est dur, piriforme, mais ne présente pas la même consistance que lorsqu'il se contracte.

L'extension volontaire est impossible ; en exerçant des tractions sur l'avant bras, on ne peut pas davantage l'obtenir, mais on fait naître une douleur très vive, au niveau du pli du coude, et non pas au niveau de la tubérosité bicipitale du radius. On ne sent ni frottements, ni craquement dans l'article.

La flexion n'est pas douloureuse, et la malade peut soulever un poids sans difficulté.

Les mouvements de pronation et de supination sont normaux et indolores.

La douleur, provoquée par l'extension, est encore réveillée par la pression au niveau de l'extrémité inférieure du corps du biceps et s'irradie le long du tendon. Pas de douleur au voisinage de l'olécrâne.

La pression exercée avec une bande sur le bras jusqu'à ce qu'il soit exsangue ne fait pas disparaître la contracture.

La malade dit que par instants elle éprouve dans les membres

des douleurs sourdes. Céphalée très vive le soir empêchant la malade de dormir.

Les réflexes sont normaux. Pas de trouble de la sensibilité, ni rétrécissement du champ visuel. Aucune douleur dans les articulations.

État général bon, légère anémie. Pas de vaginite.

Traitement : 1 pilule de protoiodure, 1 gr. d'iodure de potassium.

19 mars. La malade revient dans le service. Son état est stationnaire tant au point de vue de l'éruption, qu'au point de vue de la rétraction bicipitale. Cependant l'extension paraît moins douloureuse. La céphalée et les douleurs musculaires ont considérablement diminué.

Le 23. L'extension est plus facile, mais encore douloureuse. L'avant-bras fait encore avec le bras un angle dont le sinus égale 150° . Les douleurs du biceps, déterminées par la pression subsistent encore, quoique moins vives.

Le 31. L'extension complète est possible, mais lorsqu'elle est arrivée au maximum, elle est encore légèrement douloureuse.

L'éruption de syphilides commence à pâlir. La céphalée a disparu, mais les douleurs des membres, quoique très légères, persistent encore.

3 juin. La malade nous revient complètement guérie de sa rétraction bicipitale, qui a cédé au traitement mixte vers le 20 avril.

Depuis le 1^{er} mai, elle a cessé tout traitement, et présente sur la partie antérieure de la poitrine et sur les flancs quelques groupes de syphilides papuleuses miliaires. La céphalée revient par intermittence, ainsi que des douleurs sourdes dans la continuité des membres supérieurs.

Traitement : 2 pilules Dupuytren par jour.

1^{er} juillet. Depuis le 3 juin, la malade a pris régulièrement ses pilules chaque jour; elle se plaint cependant de la réapparition de la rétraction bicipitale droite. En effet, l'avant-bras est encore fléchi sur le bras, mais le sinus de l'angle égale 155° .

Douleurs assez vives dans les bras, s'irradiant jusque dans les doigts.

Traitement : 2 pilules Dupuytren, pas d'iodure.

Le 18. La malade entre dans le service, ayant une rétraction aussi prononcée qu'au premier jour, du côté droit. La céphalée et les douleurs musculaires sont intenses.

Traitement : 2 pilules, 1 gr. d'iodure.

Le 30. La malade sort guérie.

OBSERVATION X. — D^r GUIBOUT. *Union médicale*, 4 janvier 1879.

Homme 49 ans. Toujours bonne santé. Aucune maladie vénérienne. Chancre induré du gland en 1853. Aucun traitement général et malgré cela aucun accident jusqu'en 1872 époque à laquelle il eut une laryngite intense.

Consulte, est traité par iodure de potassium et des cautérisations du pharynx.

En 1873, il est soigné par M. Hardy pour une ulcération syphilitique siégeant aux jambes, et qui guérit par le sirop de Gibert. C'est à la même époque qu'ont débuté les lésions musculaires sur lesquelles nous reviendrons.

Depuis, il ne s'est développé aucun autre accident jusqu'au commencement du mois de septembre 1878. C'est alors qu'apparaissent de petites gommès à la région frontale.

La contracture musculaire a débuté il y a cinq ans environ, un peu après le commencement des accidents qui se sont développés du côté du larynx. A cette époque le malade ressentit de vives douleurs, existant surtout la nuit, siégeant dans le bras gauche et s'étendant depuis l'épaule jusqu'au coude. Il existait en même temps, au dire du malade, un certain degré de paralysie de ce membre portant sur tous les mouvements de flexion de l'avant bras, et d'élévation de l'épaule. Depuis ce moment jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital (28 octobre 1878) ces douleurs ont persisté avec des intermittences sans qu'il y ait eu d'amélioration réelle.

A l'examen du malade, on constate que les deux bras présentent une légère différence de volume. Le biceps du côté gauche semble un peu atrophié, et à la mensuration on trouve que la circonférence du bras au niveau de la partie moyenne du biceps présente une différence de 1 centim. 5 en moins que celle du bras droit, et cela pendant le relâchement. Quand on fait contracter le biceps, la différence est encore plus grande et elle atteint 2 centim. 5.

Mais si l'on considère la longueur des 2 biceps, la différence est encore plus grande; en effet le malade ne peut étendre complètement l'avant-bras gauche, et l'on remarque au niveau du pli du coude une saillie, formée par le tendon du biceps, et donnant la sensation d'une corde très tendue. Le muscle, quoique un peu atrophié, est souple, non douloureux à la pression, ni pendant la contraction. Celle-ci se fait très bien et le mouvement de flexion est normal. Mais l'extension ne peut être complète, par suite du raccourcissement, et de la rétraction qui semblent porter exclusivement sur la portion musculaire du muscle.

Tous les autres muscles sont indemnes.

Traitement: Iodure de potassium 6 gr. puis 3 et 4. Sous l'influence de ce traitement, le 3 novembre les douleurs avaient disparu et il n'existait plus qu'un centimètre de différence de longueur des deux muscles.

DURÉE. — TERMINAISON.

Affection à marche lente, sa durée est très longue, elle peut se prolonger des semaines et même des mois. En examinant les observations publiées jusqu'ici, on peut fixer à trois mois la durée moyenne de la maladie. D'ailleurs, la rapidité de la guérison dépend de la rapidité avec laquelle le traitement sera institué. Si la syphilis est méconnue, la myopathie pourra évidemment se prolonger fort longtemps, et durer des années, comme Notta en a signalé des exemples. Elle pourra même, quoique la guérison soit la règle, produire une contraction permanente par suite de l'atrophie ou de la destruction d'un certain nombre de faisceaux musculaires.

Tel est le cas publié par Notta : « Dans le cas de rétraction des deux derniers doigts de la main, dit-il, le raccourcissement du muscle n'ayant pas été enrayé par le traitement, amena une flexion complète de ces doigts ; quoique l'affection datât de quatre ans, le corps charnu ne présentait aucune modification du moins appréciable au toucher et à la vue ».

Cependant ces transformations sont très rares, objecte M. Straus, car on sait combien sont insignifiantes les lésions histologiques que présentent les muscles contracturés même pendant de longues années. La persistance et l'irréductibilité des attitudes vicieuses pendant

le sommeil chloroformique ne prouvent même pas d'une façon péremptoire la transformation fibreuse du muscle ; les ligaments et les gaines périarticulaires peuvent avoir subi des modifications telles qu'elles s'opposent au redressement sans que, pour cela, le muscle, cause première du mal, se soit sclérosé.

DIAGNOSTIC

L'ensemble des phénomènes précédemment décrits nous permet d'éliminer rapidement :

La *périostite*, quoi qu'elle soit excessivement fréquente au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus. Elle est caractérisée par une douleur bien limitée en un point de l'os, et qui, sourde ou peu intense dans le repos, s'exagère par le mouvement et devient intolérable par la pression. Il existe à ce niveau une saillie étalée, et les téguments y sont enflammés.

Nous n'avons pas non plus à nous arrêter sur l'hypothèse d'une *arthralgie*, car l'absence de douleurs au niveau de l'interligne articulaire, d'hydarthrose, de frottements ou de craquements dans l'article la fait immédiatement mettre de côté.

Nous nous trouvons donc en présence d'un état pathologique du muscle caractérisé par de la raideur involontaire et durable; cette définition de la contracture nous fait encore abandonner l'idée de convulsions ou de crampes.

Les *convulsions* toniques, tout en conservant un certain degré de permanence sont passagères, et présentent des secousses successives et irrégulières.

Les *crampes* sont également des contractions transitoires, mais douloureuses par elles-mêmes.

Il existe un grand nombre d'affections nerveuses dans lesquelles surviennent les contractures à titre d'épisodes, ou de complications.

Nous pouvons citer : les scléroses secondaires des faisceaux latéraux consécutives à des lésions encéphaliques, la sclérose latérale amyotrophique, et quelques cas de myélite transverse. Le diagnostic en est évidemment facile, grâce à la coexistence d'autres symptômes, mais il peut aussi se faire bien aisément par les caractères seuls de la contracture. Nous allons rapidement les examiner.

Les contractures « spasmodiques » comme les appelle M. Blocq sont caractérisées :

1° Par l'exagération des réflexes tendineux, non seulement du genou mais de tous les tendons des muscles contracturés.

2° La rigidité frappe toujours un groupe musculaire, et non pas un muscle isolé. Les extenseurs et les fléchisseurs entrent pareillement et simultanément en action, et les déformations qui résultent de la contracture sont produites par la suprématie de ceux-ci sur ceux-là et réciproquement.

3° La résolution sous le sommeil chloroformique est aussi un de leurs signes essentiels, mais il faut avoir soin de pousser la narcose jusqu'à ses dernières limites. Toutefois il n'est pas nécessaire de recourir à ce moyen, on peut obtenir la résolution, en produisant, comme l'a indiqué M. Brissaud, l'ischémie du membre par l'application de la bande d'Esmarch.

4° Les réactions électriques sont normales.

Mais ces contractures « spasmodiques » ne se rencontrent pas seulement dans les cas où les cellules des cornes antérieures de la moelle sont lésées, elles se présentent avec les mêmes caractères dans l'hystérie, accompagnées de tout le cortège brillant des troubles sensoriels : hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, points hystérogènes.

En somme, elles apparaissent dans tous les cas où les cellules des cornes antérieures sont seulement irritées, c'est ainsi qu'on les voit survenir au cours d'une lésion articulaire, comme phénomène réflexe. Mais outre les commémoratifs, il y aurait, dans ce cas, la douleur au niveau de l'interligne articulaire, du gonflement, et des frottements de l'article à la moindre tentative de redressement.

Il est cependant des contractures qui se présentent avec les mêmes caractères que dans la contracture bicipitale syphilitique.

Ces « pseudo-contractures » comme les appelle M. Blocq se rencontrent dans la maladie de Parkinson ou à la suite de l'obstruction brusque d'un gros tronc artériel.

Mais si, dans la maladie de Parkinson, la rigidité a débuté par un seul muscle, elle ne tarde pas à se généraliser et est bientôt suivie du tremblement caractéristique.

Quant à la contracture ischémique, outre sa rareté, elle s'accompagne de troubles circulatoires tellement nets que le diagnostic s'impose.

PATHOGÉNIE

On a émis les opinions les plus diverses sur la nature de cette affection, c'est dire suffisamment que la question n'est pas encore résolue. L'anatomie pathologique nous fait malheureusement encore défaut, et ce n'est que par les données cliniques qu'il nous faut arriver à ce résultat.

Nous ne ferons que signaler l'hypothèse de rhumatisme, bien qu'en 1861, un médecin italien, Zuradelli ait publié quelques cas où le biceps fut contracturé, mais depuis aucun nouveau fait de ce genre n'a été signalé, et l'on ne peut admettre sans contestation une affection rhumatismale évoluant d'une façon aussi insolite.

Quelques auteurs ont émis l'idée d'une lésion localisée du système nerveux central, d'autres celle d'une simple irritation des cellules motrices de la moelle, faisant de la contracture, un phénomène réflexe consécutif à une lésion articulaire, ou à de la périostite. Mais comme nous l'avons fait observer plusieurs fois au cours de ce travail, l'articulation est absolument intacte, on n'y constate aucune espèce d'altération, pas plus du côté de la synoviale où elle se révélerait par de l'hydarthrose, que du côté des os où elle se manifesterait par des points douloureux. Quoi qu'il en soit, si nous admettons un instant cette idée de phénomène réflexe, nous sommes

obligés de l'abandonner rapidement, en examinant attentivement le membre malade, car la contracture par lésion nerveuse ou simple irritation a tout comme la pseudo-contracture syphilitique ses caractères particuliers. Pour ne pas nous exposer à des redites, nous donnons dans le tableau suivant les caractères de chacune.

<i>Contractures spasmodiques,</i> par lésion ou irritation des cellules motrices des cornes antérieures.	<i>Pseudo-contractures.</i>
· Constante exagération des réflexes tendineux.	Pas d'exagération des ré- flexes.
Antagonistes toujours pris.	Antagonistes pas obligatoi- rement pris.
Tendance à la généralisa- tion.	Pas de tendance à la généra- lisation.
Sensation de résistance élas- tique à l'examen.	Sensation de résistance plu- tôt fibreuse.
Disparaissent par l'applica- tion de la bande d'Esmarch.	Ne cessent par l'application de cette bande.
Cessent sous le sommeil chloroformique.	Ne cessent pas.
Réactions électriques nor- males.	Réactions électriques alté- rées.

« Faut-il encore rapporter ce trouble à une myosalgie simple ? non, car d'une part la myosalgie vraie comporte une douleur bien plus vive à la pression, et d'autre part, si intense qu'elle puisse être, elle permet toujours aux mouvements de s'exécuter, alors que le malade consent à dominer sa souffrance » (Fournier).

Il faut donc admettre par élimination soit une lésion du tendon, soit une lésion du muscle. Nous avons déjà, au cours de ce travail, fait remarquer les faits qui plaident en faveur de l'une ou de l'autre de ces hypothèses ; mais nous allons maintenant les examiner avec plus d'attention, puis les comparant aux résultats acquis par les expériences physiologiques nous pourrions en tirer une conclusion conforme à la vérité.

M. Mauriac, pour se rendre compte des altérations pathologiques du biceps, a recherché au moyen de courants galvaniques l'état de sa contractilité. « Lorsque je fis passer un courant galvanique, dit-il, dans le biceps malade, à l'époque de sa plus grande rétraction, je vis que le muscle ne répondait que très peu à cette énergique excitation ; et non seulement il était inerte, mais il ne percevait que faiblement la sensation que provoque dans les muscles le passage du courant galvanique. » Ainsi donc, dans la myopathie syphilitique du biceps, il y a :

1° Affaiblissement ou paralysie du pouvoir excito-moteur.

2° Affaiblissement ou paralysie de l'élément sensitif du muscle.

Ces troubles de la sensibilité et de la motilité sont très inégalement répartis et ne persistent pas longtemps au même degré.

Trois jours après la première exploration, M. Mauriac a constaté que l'excitabilité et la sensibilité électro-musculaires étaient beaucoup moins faibles que lors de la première expérience. Plus tard, elles se rapprochaient de plus en plus de l'état normal jusqu'au moment de la guérison.

Ces troubles physiologiques sont accompagnés de raccourcissement du muscle, et coïncident avec des douleurs souvent violentes au niveau de l'origine des fibres tendineuses. Le muscle est donc malade, mais l'est-il seul? Cette idée vient immédiatement à l'esprit, quand on constate les modifications survenues dans la consistance du tendon. Cependant, cette rigidité tendineuse nous paraît un phénomène purement passif; les fibres musculaires en se contractant, exercent forcément leur action sur les fibres aponévrotiques, les tendent et forcent l'avant-bras à se placer dans la flexion.

On peut évidemment se demander comment un muscle, aussi peu contracturé, est capable de produire une pareille tension tendineuse.

Mais l'explication du fait nous paraît assez simple : pour obtenir sur un sujet sain la flexion de l'avant-bras et transformer ainsi le tendon du biceps en une corde dure et rigide, il n'est pas nécessaire de faire le moindre effort, et par conséquent de contracter toutes les fibres du biceps. Dans la myopathie syphilitique, il se passe quelque chose d'analogue; les faisceaux musculaires, comme nous l'ont démontré les courants galvaniques, ne sont pas tous envahis par le processus pathologique, ou du moins ne le sont que dans une partie de leur étendue suffisante pour déterminer la flexion, mais insuffisante pour déterminer la dureté générale du muscle.

Par quel mécanisme la syphilis arrive-t-elle à mettre la fibre musculaire en état de contracture? Il se fait dans l'épaisseur du muscle un travail lent et insidieux de myosite interstitielle, due, suivant l'expression de Vir-

chow, à une dégénérescence calleuse du tissu musculaire, analogue à celle que produit l'inflammation rhumatismale ou traumatique. Au milieu du tissu interstitiel de faisceaux musculaires, se développe un tissu conjonctif qui se sclérose et détruit, après l'avoir atrophiée, la fibrille musculaire primitive. L'aponévrose d'enveloppe prend quelquefois part à cette altération. Dans un cas de dégénérescence plastique du jambier postérieur observé par Ricord, l'aponévrose d'enveloppe des muscles de la région postérieure de la jambe était difficilement séparable, et en l'enlevant, on découvrit un tissu lardacé, jaunâtre, dû à l'altération de la fibre musculaire.

M. Ehrmann vient de publier à Vienne deux cas de névrites survenues au cours de la période secondaire de la syphilis. (*Mercredi médical*, 9 novembre 1891). Nous ne pensons pas que la contracture du biceps puisse être due à une lésion de cette nature, car outre les phénomènes de parésie, il existait une atrophie considérable de tous les muscles innervés.

TRAITEMENT

Le diagnostic une fois posé, la médication est des plus simples. Si le malade se plaint de douleurs très violentes, il faudra ajouter au traitement mercuriel ou ioduré, un traitement local et appliquer sur la région antérieure du bras des calmants : pommade belladonnée, baume tranquille, etc.

Si, malgré tout, les douleurs persistent avec la même intensité, on devra recourir à un remède plus énergique et appliquer un vésicatoire sur la région malade. Nous n'avons jamais, pour notre part, eu besoin de l'employer, le traitement ioduré ayant procuré à nos malades un bien-être presque immédiat.

D'ailleurs, le traitement local ne peut, à lui seul, avoir raison de la lésion, comme le prouve une observation publiée par le D^r Tizzoni et consignée dans les *Annales de Cazenave* (t. IV). Un malade, raconte-t-il, fut soigné comme rhumatisant pour une rétraction bicipitale qui, pendant cinq mois, résista à l'emploi du salicylate, et aux applications les plus variées de résolutifs et de vésicatoires. En désespoir de cause, on administre au malade le traitement mercuriel; une amélioration étonnante se manifeste dès le début, et au bout d'un mois tout était rentré dans l'ordre.

Il faut donc administrer le traitement général, mais ici

naturellement se place l'éternelle question. Faut-il donner simplement du mercure? faut-il lui préférer l'iodure? Doit-on au contraire combiner les deux? M. le professeur Fournier dans sa clinique du 21 avril 1891, tranchait la question en faveur de l'iodure. « Ce n'est pas, disait-il, le mercure, mais l'iodure qui dans ce cas, agit avec le plus d'efficacité; encore ne faut-il l'administrer qu'à faible dose. »

CONCLUSIONS.

I. — La rétraction bicipitale est bien une affection syphilitique.

II. — Elle appartient à la période secondaire.

III. — C'est une myosite.

IV. — Elle résiste au traitement local.

V — Le seul moyen de la guérir rapidement et sûrement est de donner de l'iodure de potassium à faible dose.

VI. — C'est une affection bénigne.

BIBLIOGRAPHIE

- Ulrich de Hutten.** — Traduction POTTON.
Fracastor. — Traduction de M. le professeur FOURNIER.
Ricord. — *Gaz. des hôpit.*, 1842 et 1846.
Vidal de Cassis. — *Maladies vénériennes.*
Nélaton. — Tumeurs syphilitiques musculaires. *Gaz. des hôpit.*, 1861.
Lisfranc. — *Gaz. des hôpit.*, 1842.
Bouisson. — *Gazette médicale*, 1846.
Lagneau. — *Traité pratique des maladies syphilitiques.*
Virchow. — *Syphilis constitutionnelle* (Traduction PICARD).
Cornil. — *Leçons sur la syphilis.*
Notta. — *Archives générales de médecine*, 1856.
Lancereaux. — *Traité de la syphilis.*
Vidal. — *Traité de la syphilis.*
Ledentu. — *Gaz. des hôpit.*, 1875.
Mauriac. — *Leçons sur les myopathies syphilitiques.*
Fournier. — *Leçons sur la syphilis.*
Jamain et Terrier. — *Traité de pathologie externe.*
Cesbron. — Th. Paris, 1878.
Straus. — *Nouveau Dict. de Méd. et de Chirurg. pratiques.*
Froidure. — Th. Paris, 1882.
Jullien. — *Maladies vénériennes.*
Mansurow. — *Vierteljahrsschrift f. Dermat. und Syph.*, 1881.
Bramann)
Carewski) *Berliner Klinische Wochenschrift.*
Nouveau traité de pathologie externe, de MM. DUPLAY et RECLUS.
-

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,

FOURNIER

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

